Fras	Frastext
uhsdiab1	S: Inskrivning i kommunal hälso- och sjukvård för hjälp med diabetesbehandling B: Aktuella sjukdomar: ._. Ansvarig läkare: ._. Ansvarig diabetessköterska: ._.
uhsdiab2	A: CFS poäng: ._. Aktuell läkemedelsbehandling för diabetes: ._. Aktuellt HbA1c: ._. Kända komplikationer relaterade till diabetes: ._. Målblodsockervärde: ._. Nästa uppföljning på vårdcentralen: ._. R: Blodsockerkontroll: xx ggr/dag/vecka Rapportering av blodsocker: xx ggr/vecka/månad
uhsprov1	S: Behov av provtagning i hemmet p.g.a ._. B: Aktuella sjukdomar: ._.
uhsprov2	A: CFS-poäng: ._. R: Provtagning enligt ordination i Cosmic
uhssma1	S: Hjälp med bedömning av behovet av hjälp med att kunna ta sina läkemedel på ett säkert sätt. B: Aktuella sjukdomar:._. Hemtjänst sedan tidigare: Ja/nej Apodos sedan tidigare: Ja /nej Patienten är informerad om och införstådd med vad övertag av läkemedelsansvar innebär, dvs att samtliga läkemedel är inlåsta i ett skåp som enbart behörig personal kan öppna: Ja / nej
uhssma2	A: Anledning till behov av bedömning:._. CFS poäng:._. Ansvarig läkare: ._. Kontaktuppgift till patient eller anhörig: ._. R: Safe Medication Assesment-bedömning i hemmet. Förbered i Pascal om apodos ska startas upp Återrapportera bedömningen

Fras	Frastext
uhssår1	S: Behov av såromläggning i hemmet pga ._. B: Såranamnes Sårdiagnos: ._. Lokalisation: ._. Uppkomst:._. Duration: ._. Aktuella sjukdomar: ._. Tidigare sår: ._. Arm-ankelindex: ._.
uhssår2	A: CFS-poäng: ._. Aktuellt sårstatus Sårstorlek: ._. Djup: ._. Sekretion: ._. Sårvävnad: ._. Sårkanter:._. Omgivande hud: ._. Infektionstecken: ._. Smärta: ._. Finns fotodokumentation: Ja/Nej R: Rekommenderad sårbehandling: ._. Material: ._. Omläggningsfrekvens: ._.
uhsövertag1	S: Inskrivning i kommunal hälso- och sjukvård Behov av läkemedelsövertag efter utförd SMA-bedömning. Patienten är informerad om och införstådd med vad övertag av läkemedelsansvar innebär, dvs att samtliga läkemedel är inlåsta i ett skåp som enbart behörig personal kan öppna och att man betalar en avgift för den kommunala hälso- och sjukvården. B: Aktuella sjukdomar: ._. Hemtjänst sedan tidigare: Ja/nej Om ej tidigare hemtjänst har patienten valt hemtjänstutförare: Ja/nej Apodos sedan tidigare: Ja/nej Startdatum vid nybeställning av apodos: ._.
uhsövertag2	A: SMA poäng: ._. CFS poäng: ._. Anledning till behov av läkemedelsövertag: ._. Ansvarig läkare: ._. Kontaktuppgift till patient eller anhörig: ._. R: Uppstart läkemedelsövertag fr.o.m: ._.
Fras	Frastext

uhskad1	S: Patient i behov av hjälp med kateterskötsel B: Typ av kateter:(typ, storlek, etc) ._. Indikation till kateter: ._. Blodförtunnande läkemedel: Ja/nej (om ja, ange vilket) ._. Tidigare problem vid katetersättning: Ja/nej (om ja, beskriv problemet) ._. Planerad behandlingstid: ._.
uhskad2	A: CFS poäng: ._. Senaste bytet utfördes: ._. Bytesfrekvens: ._. Kuff (ml, typ av vätska): ._. Blåsträning: ja/nej (om ja, beskriv utförande) ._. Förskrivna hjälpmedel: ._. R: Åtgärder vid komplikationer (samt om det finns ev särskilda restriktioner) ._. Avveckling: ._. Datum: ._. Bladderscan kontroll: ja/nej (om ja hur ofta) ._. Gränsvärde för när ny kateter sättas in (resurin ml) ._.
uhsnefro1	S: Patient i behov av hjälp med skötsel av nefrostomi B: Typ av nefrostomi:(typ, storlek, placering, fixeringsmetod etc) ._. Indikation till nefrostomi: ._. Planerad behandlingstid: ._.
uhsnefro2	A: CFS poäng: ._. Senaste bytet utfördes: ._. Status hud: ._. Bytesfrekvens (slangar/kopplingar etc): ._. Förskrivna hjälpmedel (samt vem som beställer): ._. R: Omläggningsmaterial: ._. Omläggningsfrekvens: ._. Spolning: Ja/nej (om ja, ange frekvens, typ av vätska samt mängd) ._. Åtgärder vid komplikationer (samt om det ev finns särskilda restriktioner) ._.